

研究

特異な形態を呈した肝嚢胞の2症例

松江赤十字病院 検査部

菅澤 一子 伊原 恵子 深田 靖彦 前迫 直久
同 内科
浅田 備之 坂之上一史 香川 幸司

I. はじめに

肝嚢胞は超音波検査にて比較的良好に認められる疾患であり、通常臨床的に問題となることは少ない。しかし稀ではあるが悪性化・嚢胞内出血・感染・壊死などといった合併症¹⁾を引き起こし、画像診断上、種々の所見を呈するため質的診断が困難となる。今回我々は超音波検査で特異な形態を呈した肝嚢胞で、針生検及びMRIにて嚢胞内血腫と診断した2症例を経験したので報告する。

II. 症 例 1

患者：72歳、女性

主 訴：腹部腫瘍精査

家族歴：特記すべき事項なし

既往歴：特記すべき事項なし

現病歴：平成4年10月末頃、近医受診時、超音波検査にて肝内に腫瘍を指摘され、同年11月2日、精査目的にて当院紹介入院となった。

入院時現症：身長144.8cm、体重44.2kg、血圧160/100mmHg、結膜に貧血、黄疸は認

表1 入院時検査成績

末梢血		電解質	
WBC	8700 / μ l	Na	140 mEq/L
RBC	373×10^4 / μ l	K	4.2 mEq/L
Hb	11.0 g/dl	Cl	107 mEq/L
Plt	26.6×10^4 / μ l	Ca	8.8 mg/dl
生化学		腫瘍マーカー	
T.bil	0.6 mg/dl	CEA	1.5 ng/ml
D.bil	0.2 mg/dl	AFP	1.9 ng/ml
GOT	19 U/l	CA19-9	143 U/ml
GPT	12 U/l	免疫血清	
LDH	435 U/l	CRP	0.0 mg/dl
Ch-E	0.49 Δ PH	HBs.Ag	(+)
Alp	116 U/l	HCV.Ab	(-)
γ -GTP	15 U/l	検尿	
T.P	6.3 g/dl	異常なし	
Alb	3.1 g/dl	検便	
T.Chol	147 mg/dl	虫卵	(-)
BUN	20.6 mg/dl	潜血	(-)
Cr	0.70 mg/dl		
AMY	116 U/l		

めず、胸部理学的所見に異常は認めなかった。腹部は心窩部から右季肋下にかけて辺縁鈍で弾性軟な肝臓を2.5横指触知した。神経学的には異常を認めず、表在リンパ節も触知しなかった。

入院時検査成績(表1):末梢血にてHb11.0 g/dlと軽度貧血を認めた。生化学検査では、肝・胆道系酵素などに異常は認めなかった。腫瘍マーカーでは、CA19-9が143U/mlと有意な上昇を認めた。検尿、検便は異常を認めなかった。

腹部超音波検査所見(図1):肝右葉全体を占める巨大なcystic lesionを認め、内部に壁に結節様のhyperechoic lesionを認めた。

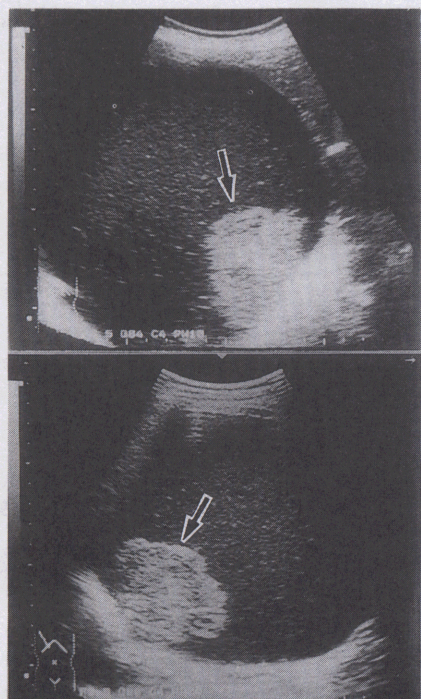


図1 腹部超音波像

腹部CT所見(図2):腹部超音波像と同様に、肝右葉に巨大なcystic lesionを認め、内部に突出する壁に結節を認めた。造影にて壁に結節部の造影効果は不明瞭であった。

腹部血管造影(図3):腹腔動脈造影の動脈

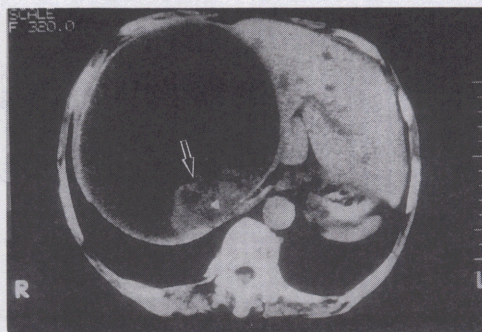


図2 腹部CT像

相では、肝右葉は巨大な avascular area であり、右肝動脈の圧排、伸展を認めるのみで、新生血管は認めなかった。また静脈相にても、異常濃染は認めなかった。

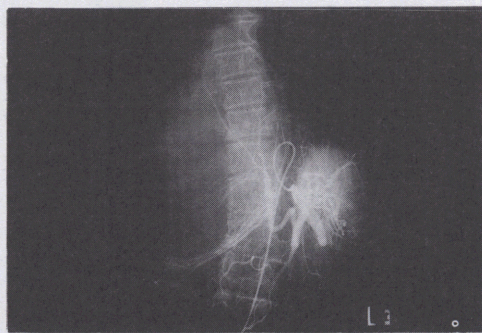


図3 腹腔動脈造影

MRI所見(図4):cystic lesionは、T₁強調像、T₂強調像共に高信号であり、T₁では脂肪より低信号を示し蛋白成分の多いcystic massと考えられた。壁に結節部は、T₁で低信号、T₂で中心部高信号を伴う低信号であり、造影効果も認められず、亜急性期血腫が最も疑われた。

超音波誘導下壁に結節部の生検(図5):凝血塊及び壊死組織を認めるのみで、針生検にて巨大肝嚢胞に、限局性に発生した壁に結節様の嚢胞内血腫と診断した。

本症例は、再出血の危険性及び患者の希望もあり、同年12月当院外科にて手術が行われた。

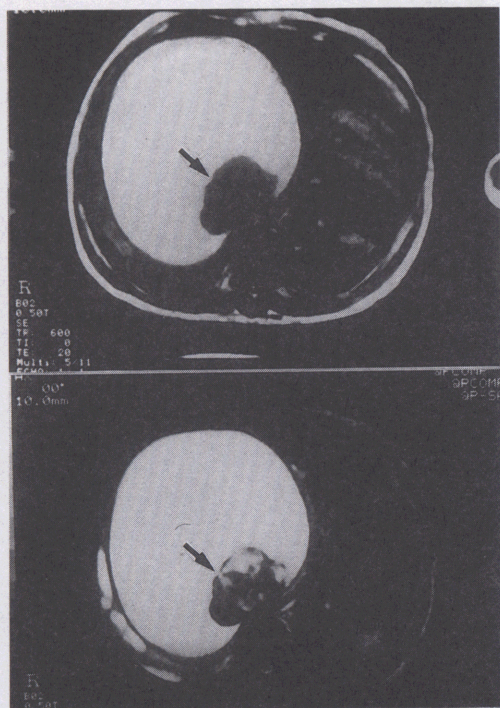


図4 M R I

上: T₁ 強調像
下: T₂ 強調像

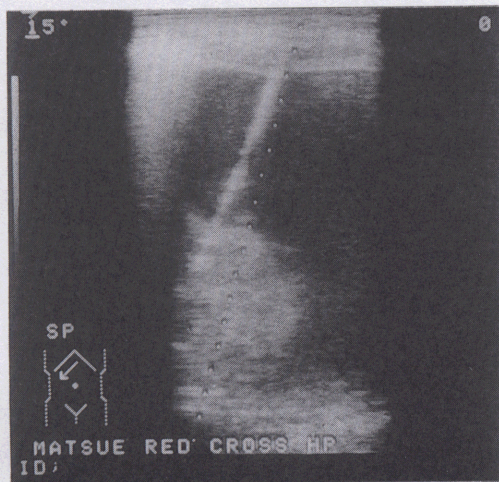


図5 超音波誘導下針生検

手術切除標本所見: 壁在結節部は悪臭のあるチョコレート色の血塊であり、一部器質化を認めた。また、嚢胞壁に腫瘍性の変化は認めなかった。

壁在結節部の病理標本(図6): 超音波誘導下針生検と同様の血腫であった。



図6 病理組織像

Ⅲ. 症 例 2

患 者: 82歳、男性

主 訴: 体重減少

既往歴: 平成4年4月よりパーキンソン病にて、当院神経内科及び近医にて加療中。

家族歴: 特記すべき事項なし

現病歴: 平成5年春頃より体重減少を認め、平成5年11月2日、近医を受診し、腹部超音波検査にて肝内腫瘤を指摘され、当院紹介入院となった。

入院時現象: 身長170cm、体重45kg、血圧108/56mmHg、結膜に貧血、黄疸は認めず、胸部、腹部とも異常は認めなかった。表在リンパ節も触知しなかった。

入院時検査成績(表2): 末梢血にてHb9.0g/dlと貧血を認めた。生化学検査では、肝・胆道系酵素などに異常は認めなかったが、腫瘍マーカーでは、CA19-9が44U/mlと軽度上昇を認めた。

腹部超音波検査所見(図7): 肝右葉を占める巨大なcystic lesionを認め、内部に突出する壁在結節様のhyperechoic lesionを認めた。

表2

入 院 時 検 査 成 績

末梢血			電解質	
WBC	3900	/ μ l	Na	142 mEq/L
RBC	313×10^4	/ μ l	K	3.3 mEq/L
Hb	9.0	g/dl	Cl	106 mEq/L
Plt	16.1×10^4	/ μ l	Ca	8.4 mg/dl
生化学			腫瘍マーカー	
T.bil	0.4	mg/dl	CEA	3.4 ng/ml
D.bil	0.2	mg/dl	AFP	2.6 ng/ml
GOT	17	U/l	CA19-9	44 U/ml
GPT	18	U/l	免疫血清	
LDH	373	U/l	CRP	0.1 mg/dl
Ch-E	0.40	Δ PH	検尿	
Alp	111	U/l	異常なし	
γ -GTP	12	U/l	検便	
T.P	5.1	g/dl	潜血	
Alb	2.9	g/dl	(-)	
T.Chol	199	mg/dl		
BUN	21.7	mg/dl		
Cr	0.6	mg/dl		
AMY	155	U/l		

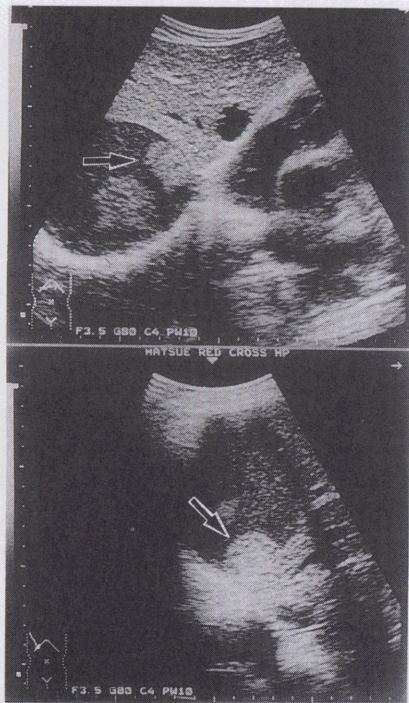
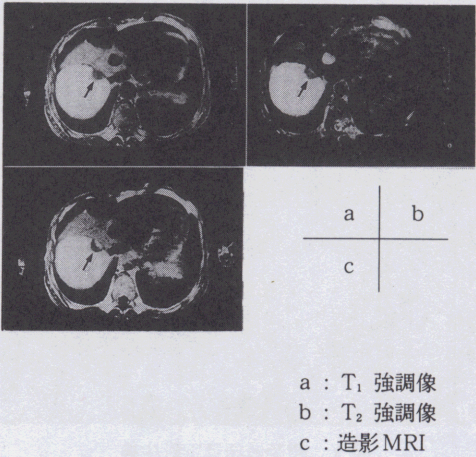


図7 腹部超音波像

腹部 CT 所見：肝右葉に巨大な cystic lesion を認め、壁在結節部の造影効果は不明

瞭であった。

MRI 所見 (図8) : cystic lesion は T₁、T₂ 共に高信号であり、壁在結節部は T₁、T₂ いずれも低信号であり、血腫が最も疑われた。



a : T₁ 強調像
b : T₂ 強調像
c : 造影 MRI

図8 M R I

超音波誘導下壁在結節部の生検：凝血塊及び壊死組織を認めるのみで、嚢胞内の血腫と診断した。

本症例は、高齢でもあり、また針生検及びMRI等で血腫と診断しえた為、手術は施行されなかった。

IV. 考 察

肝嚢胞は一般的には先天性と後天性に分類され、ほとんどの嚢胞は先天性である。また、通常無症状にて経過し、腹部超音波検査にて偶然発見される場合が多く²⁾、臨床上問題となることは少ない。しかしながら、本症例のように嚢胞内に充実部分の存在が認められた場合、鑑別診断として最も問題となるのは腫瘍性病変、特に嚢胞腺腫及び嚢胞腺癌である。合併症として肝嚢胞内への出血は希であり、その原因として鈍的外傷、医原性(穿刺、ドレナージ)、spontaneous bleedingが指摘されている。また、超音波像の変化として肝嚢胞壁の不規則な肥厚、腫瘤状、隔壁様の内部エコーの出現が報告されている。³⁾

一般に嚢胞腺癌では、超音波検査、CTスキャンで嚢胞内の乳頭状増殖あるいは、隔壁の部分的肥厚を示すことが多いとされている。そして、血管造影で新生血管増生や血管の浸潤所見を認めれば診断可能であるが、全例にこれらの所見が認められるわけではない。CTスキャン、血管造影にて嚢胞内充実部分に全く血流が認められなければ悪性腫瘍は否定的である。しかし、器質化した血腫に血管新生を認める場合には、両者の鑑別は困難となる。¹⁾

MRIにて血腫内のHbは酸化Hb→還元Hb(デオキシHb)→メトHb→ヘモジデリンへと変化し、これに赤血球の融解等も加わって血腫のMRI所見は時間の経過と共に変化する。⁴⁾一方、嚢胞腺癌にMRIを行った症例は少なく、真下ら⁵⁾によれば、腫瘍はT₁で低信号、T₂で

高信号と低信号とが混在する不均一なパターンをとり、嚢胞液ではT₁、T₂で高信号を呈し、血性の液体貯留と考えられたと報告している。経時的にMRI所見の変化が観察可能であればMRIにて血腫の診断は可能であり、また、造影効果を認めなければ血腫と嚢胞腺癌の鑑別診断は可能であると考えられる。

本症例ではCT及びMRIにて造影効果を認めなかったこと、及び血管造影にて悪性所見を認めなかったことにより嚢胞腺癌の可能性は低いと考えられたが、なお完全に否定できず、嚢胞内壁に結節部針生検を施行し、血腫と診断した。

以上、本症例においてMRIおよび超音波誘導下針生検が嚢胞内血腫の診断に非常に有用であった。しかし嚢胞穿刺吸引により、18ヶ月後に腹膜播種をきたした症例⁶⁾もあり、手技上の十分な注意が必要であると共に、生検施行前に、悪性が強く疑われた場合慎重でなければならない。この様に針生検が困難と考えられる症例には積極的にMRIを施行すべきと考える。

文 献

- 1) 高島一郎、宮谷信行、大村健二、他：肝嚢胞内陳旧性血腫の1切除例、臨外48：953-956, 1993
- 2) 小野寺博義、千田信之、及川正道、他：超音波集検における肝嚢胞保有率、Jpn Medical Ultrasonics 13 (suppl. 1) : 445 - 446, 1986
- 3) Eric E.S Khanh T.N, Robert L.N : ABDOMINAL SONOGRAPHY. P88~P90, Raven Press, New York 1992.
- 4) 小西淳二、安里令人、他：脳脊髄MRI診断、医学書院 P84~P90, 1991

- 5) 真下六郎、林 一資、定本哲朗、他 :
Magnetic resonance imaging が診断
に有用であった肝嚢胞腺癌の1例、日消
外会誌 24 : 1285 - 1289, 1991

- 6) Iemoto Y, Kondo Y, Fukamachi S :
Billiary cystadenocarcinoma with
peritoneal carcinomatosis. Cancer
48 : 1664 - 1667, 1981.